

DSM-5には、複雑外傷後ストレス障害というカテゴリーはなく、一方、急性ストレス障害は存続した。ICD-11草案では急性ストレス反応（障害）には疾病コードは与えられていない。

解離性障害群

解離性運動障害（7B30）、感覚の解離性障害（7B31）、感覚運動解離性障害（7B32）、解離性健忘（7B33）、憑依トランス障害（7B34）、解離性同一症/解離性同一性障害（7B35）、離人・現実感消失症/離人・現実感消失障害（7B36）、複雑解離侵入障害（7B37）、トランス障害（7B38）、他の特定される解離性障害群（7B3Y）および解離性障害群、特定不能（7B3Z）が挙げられている。

解離性障害群の分類ではDSM-5とかなり大きな違いが認められる。この背景には解離を呈する様々な文化結合症候群があるためと思われる。また、ICD-10では解離性（転換性）障害とカッコ書きされていた転換性障害については、後述する身体苦惱性障害に含まれるかどうか結論は出ていないようである。

身体苦惱性障害

身体苦惱性障害、軽度（7B40）、中等症（7B41）、重度（7B42）、他の特定される身体苦惱性障害（7B4Y）および身体苦惱性障害、特定不能（7B4Z）が挙げられている。診断ガイドラインを読む限り従来の身体表現性障害に近い。DSM-5ではSomatic symptom and related disordersであるが、ICD-11草案ではSomatic distress disorderと違いがある。

食行動障害および摂食障害群

神経性やせ症/神経性無食欲症（7B50）、神経性過食症/神経性大食症（7B51）、過食性障害（7B52）、回避性制限性食物摂取症/障害（7B53）、異食症（7B54）、反芻-逆流性障害（Rumination-regurgitation disorder）（7B55）、他の特定される食行動障害および摂食障害群（7B5Y）および食行動障害および摂食障害群、特定不能（7B5Z）が挙げられている。

排泄症群

遺尿症（7B60）、遺糞症（7B61）、他の特定される排泄症群（7B6Y）および排泄症群、特定不能（7B6Z）が挙げられている。

物質使用による障害群

1) アルコール使用による障害群

アルコール中毒（7B70）、アルコールの有害な使用（7B71）、アルコール依存（7B72）、アルコール離脱（7B73）、アルコール誘発性せん妄（7B74）、アルコール誘発性精神病性障害（7B75）、アルコール誘発性気分障害（7B76）、アルコール誘発性不安障害（7B77）、アルコール誘発性性機能不全（7B78）、アルコール誘発性睡眠障害（7B79）、アルコール使用による認知症（7B7A）、他の特定されるアルコール使用による障害群（7B7Y）およびアルコール使用による障害群、特定不能（7B7Z）が挙げられている。

2) オピオイド使用による障害群

オピオイド中毒（7B80）、オピオイドの有害な使用（7B81）、オピオイド依存（7B82）、オピオイド離脱（7B83）、オピオイド誘発性せん妄（7B84）、オピオイド誘発性気分障害（7B85）、オピオイド誘発性不安障害（7B86）、オピオイド誘発性性機能不全（7B87）、オピオイド誘発性睡眠障害（7B88）、オピオイド誘発性精神病性障害（7B89）、他の特定されるオピオイド使用による障害群（7B8Y）およびオピオイド使用による障害群、特定不能（7B8Z）が挙げられている。

3) 大麻使用による障害群

大麻中毒（7B90）、大麻の有害な使用（7B91）、大麻依存（7B92）、大麻離脱（7B93）、大麻誘発性せん妄（7B94）、大麻誘発性精神病性障害（7B95）、大麻誘発性不安障害（7B96）、大麻誘発性睡眠障害（7B97）、他の特定される大麻使用による障害群（7B9Y）および大麻使用による障害群、特定不能（7B9Z）が挙げられている。

4) 鎮痛薬、睡眠薬あるいは抗不安薬使用による障害群

鎮痛薬、睡眠薬あるいは抗不安薬使用による中毒（7C00）、鎮痛薬、睡眠薬あるいは抗不安薬の有害な使用（7C01）、鎮痛薬、睡眠薬あるいは抗

不安薬依存 (7C02)、鎮痛薬、睡眠薬あるいは抗不安薬離脱 (7C03)、鎮痛薬、睡眠薬あるいは抗不安薬誘発性せん妄 (7C04)、鎮痛薬、睡眠薬あるいは抗不安薬誘発性精神病性障害 (7C05)、鎮痛薬、睡眠薬あるいは抗不安薬誘発性気分障害 (7C06)、鎮痛薬、睡眠薬あるいは抗不安薬誘発性不安障害 (7C07)、鎮痛薬、睡眠薬あるいは抗不安薬誘発性性機能不全 (7C08)、鎮痛薬、睡眠薬あるいは抗不安薬誘発性睡眠障害 (7C09)、鎮痛薬、睡眠薬あるいは抗不安薬使用による認知症 (7C0A)、他の特定される鎮痛薬、睡眠薬あるいは抗不安薬使用による障害群 (7C0Y) および鎮痛薬、睡眠薬あるいは抗不安薬使用による障害群、特定不能 (7C0Z) が挙げられている。

5) コカイン使用による障害群

コカイン中毒 (7C10)、コカインの有害な使用 (7C11)、コカイン依存 (7C12)、コカイン離脱 (7C13)、コカイン誘発性せん妄 (7C14)、コカイン誘発性精神病性障害 (7C15)、コカイン誘発性気分障害 (7C16)、コカイン誘発性不安障害 (7C17)、コカイン誘発性強迫性あるいは関連症候群 (7C18)、コカイン誘発性性機能不全 (7C19)、コカイン誘発性睡眠障害 (7C1A)、他の特定されるコカイン使用による障害群 (7C1Y) およびコカイン使用による障害群、特定不能 (7C1Z) が挙げられている。

6) アンフェタミンを含むがカフェインやコカインを除く精神刺激薬使用による障害群

アンフェタミンを含むがカフェインやコカインを除く精神刺激薬中毒 (7C20)、アンフェタミンを含むがカフェインやコカインを除く精神刺激薬の有害な使用 (7C21)、アンフェタミンを含むがカフェインやコカインを除く精神刺激薬依存 (7C22)、アンフェタミンを含むがカフェインやコカインを除く精神刺激薬離脱 (7C23)、アンフェタミンを含むがカフェインやコカインを除く精神刺激薬誘発性精神病性障害 (7C25)、アンフェタミンを含むがカフェインやコカインを除く精神刺激薬誘発性気分障害 (7C26)、アンフェタミンを含むがカフェインやコカインを除く精神刺激薬誘発性不安障害

(7C27)、アンフェタミンを含むがカフェインやコカインを除く精神刺激薬誘発性強迫性あるいは関連症候群 (7C28)、アンフェタミンを含むがカフェインやコカインを除く精神刺激薬誘発性性機能不全 (7C29)、アンフェタミンを含むがカフェインやコカインを除く精神刺激薬誘発性睡眠障害 (7C2A)、他の特定されるアンフェタミンを含むがカフェインやコカインを除く精神刺激薬使用による障害群 (7C2Y) およびアンフェタミンを含むがカフェインやコカインを除く精神刺激薬使用による障害群、特定不能 (7C2Z) が挙げられている。

7) カフェイン使用による障害群

カフェイン中毒 (7C30)、カフェインの有害な使用 (7C31)、カフェイン依存 (7C32)、カフェイン離脱 (7C33)、カフェイン誘発性不安障害 (7C34)、カフェイン誘発性睡眠障害 (7C35)、他の特定されるカフェイン使用による障害群 (7C3Y) およびカフェイン使用による障害群、特定不能 (7C3Z) が挙げられている。

8) 幻覚薬使用による障害群

幻覚薬中毒 (7C40)、幻覚薬の有害な使用 (7C41)、幻覚薬依存 (7C42)、幻覚薬誘発性せん妄 (7C43)、幻覚薬誘発性精神病性障害 (7C44)、幻覚薬誘発性気分障害 (7C45)、幻覚薬誘発性不安障害 (7C46)、他の特定される幻覚薬使用による障害群 (7C4Y) および幻覚薬使用による障害群、特定不能 (7C4Z) が挙げられている。

9) ニコチン使用による障害群

ニコチン中毒 (7C50)、ニコチンの有害な使用 (7C51)、ニコチン依存 (7C52)、ニコチン離脱 (7C53)、ニコチン誘発性睡眠障害 (7C54)、他の特定されるニコチン使用による障害群 (7C5Y) およびニコチン使用による障害群、特定不能 (7C5Z) が挙げられている。

ICD-10 では「タバコ使用による障害群」であったが、ICD-11 草案では「ニコチン使用による障害群」へと変わった。

10) 揮発性吸入剤使用による障害群

揮発性吸入剤中毒 (7C60)、揮発性吸入剤の有害な使用 (7C61)、揮発性吸入剤依存 (7C62)、揮発性吸入剤離脱 (7C63)、揮発性吸入剤誘発性精神病性障害 (7C64)、揮発性吸入剤使用による認

知症 (7C65), 揮発性吸入剤誘発性気分障害 (7C66), 揮発性吸入剤誘発性不安障害 (7C67), 揮発性吸入剤誘発性せん妄 (7C68), 他の特定される揮発性吸入剤使用による障害群 (7C6Y) および揮発性吸入剤使用による障害群, 特定不能 (7C6Z) が挙げられている。

11) エクスタシーあるいは関連薬物の使用による障害群

エクスタシーあるいは関連薬物中毒 (7C70), エクスタシーあるいは関連薬物の有害な使用 (7C71), エクスタシーあるいは関連薬物依存 (7C72), エクスタシーあるいは関連薬物誘発性せん妄 (7C73), エクスタシーあるいは関連薬物誘発性精神病性障害 (7C74), エクスタシーあるいは関連薬物誘発性気分障害 (7C75), エクスタシーあるいは関連薬物誘発性不安障害 (7C76), エクスタシーあるいは関連薬物誘発性性機能不全 (7C77), 他の特定されるエクスタシーあるいは関連薬物使用による障害群 (7C7Y) およびエクスタシーあるいは関連薬物使用による障害群, 特定不能 (7C7Z) が挙げられている。

12) ケタミンやPCPを含む解離性薬物の使用による障害群

ケタミンやPCPを含む解離性薬物中毒 (7C80), ケタミンやPCPを含む解離性薬物の有害な使用 (7C81), ケタミンやPCPを含む解離性薬物依存 (7C82), ケタミンやPCPを含む解離性薬物誘発性せん妄 (7C83), ケタミンやPCPを含む解離性薬物誘発性精神病性障害 (7C84), ケタミンやPCPを含む解離性薬物誘発性気分障害 (7C85), ケタミンやPCPを含む解離性薬物誘発性不安障害 (7C86), 他の特定されるケタミンやPCPを含む解離性薬物使用による障害群 (7C8Y) およびケタミンやPCPを含む解離性薬物使用による障害群, 特定不能 (7C8Z) が挙げられている。

13) 他の特定される精神作用物質の使用による障害群

他の特定される精神作用物質中毒 (7C90), 他の特定される精神作用物質の有害な使用 (7C91), 他の特定される精神作用物質依存 (7C92), 他の特定される精神作用物質離脱 (7C93), 他の特定される精神作用物質によって誘発されるせん妄

(7C94), 他の特定される精神作用物質によって誘発される精神病性障害 (7C95), 他の特定される精神作用物質によって誘発される気分障害 (7C96), 他の特定される精神作用物質によって誘発される不安障害 (7C97), 他の特定される精神作用物質によって誘発される強迫性あるいは関連症候群 (7C98), 他の特定される精神作用物質によって誘発される性機能不全 (7C99), 他の特定される精神作用物質によって誘発される睡眠障害 (7C9A), 他の特定される精神作用物質使用による他の特定される障害群 (7C9Y) および他の特定される精神作用物質による障害群, 特定不能 (7C9Z) が挙げられている。

14) 不明のあるいは特定されない精神作用物質による障害群

不明のあるいは特定されない精神作用物質中毒 (7D00), 不明のあるいは特定されない精神作用物質の有害な使用 (7D01), 不明のあるいは特定されない精神作用物質依存 (7D02), 不明のあるいは特定されない精神作用物質による離脱症候群 (7D03), 不明のあるいは特定されない精神作用物質によって誘発されるせん妄 (7D04), 不明のあるいは特定されない精神作用物質によって誘発される精神病性障害 (7D05), 不明のあるいは特定されない精神作用物質によって誘発される気分障害 (7D06), 不明のあるいは特定されない精神作用物質によって誘発される不安障害 (7D07), 不明のあるいは特定されない精神作用物質によって誘発される強迫性あるいは関連症候群 (7D08), 不明のあるいは特定されない精神作用物質によって誘発される性機能不全 (7D09), 不明のあるいは特定されない精神作用物質によって誘発される睡眠障害 (7D0A), 不明のあるいは特定されない精神作用物質による他の特定される障害群 (7D0Y) および不明のあるいは特定されない精神作用物質による障害群, 特定不能 (7D0Z) が挙げられている。

15) 非精神作用物質による障害群

非精神作用物質の有害な使用 (7D10), 非精神作用物質による他の特定される障害群 (7D1Y) および非精神作用物質による障害群, 特定不能 (7D1Z) が挙げられている。

上記以外に物質使用による他の特定される障害群 (7D3Y)、物質使用による障害群、特定不能 (7D3Z) が挙げられている。

衝動制御症群

病的ギャンブル障害 (7D40)、放火症 (7D41)、窃盗症 (7D42)、強迫的性行動障害 (Compulsive sexual behavioural disorder) (7D43)、間欠性爆発性障害 (7D44)、他の特定される衝動制御症群 (7D4Y)、衝動制御症群、特定不能 (7D4Z) が挙げられている。

DSM-5 ではギャンブル障害は、行動嗜癖という観点から「物質関連障害および嗜癖性障害群」の非物質関連障害群に含まれたが、ICD-11 草案では、病的ギャンブル障害や強迫的性行動障害などは本障害群に含まれる予定である。

秩序破壊的行動および反社会性障害群

反抗抗発症/反抗抗発性障害 (7D50)、素行-反社会症/素行-反社会性障害 (7D51)、他の特定される秩序破壊的行動および反社会性障害群 (7D5Y)、秩序破壊的行動および反社会性障害群、特定不能 (7D5Z) が挙げられている。

パーソナリティ障害群

パーソナリティ障害群の下位分類はICDの改訂ごとに大きな問題となってきたが、今回の草案では重症度で分類する方向のようである。パーソナリティ障害、軽度 (7D60)、パーソナリティ障害、中等度 (7D61)、パーソナリティ障害、重度 (7D62)、およびパーソナリティ障害群、特定不能 (7D6Z) が挙げられている。しかし、昨年9月の第16回世界精神医学会、世界大会で開催されたパーソナリティ障害のシンポジウムで、パーソナリティ障害WGの座長のTyrer教授は、これらの重症度と否定的感情 (Negative Emotional)、非社会性 (Dissocial)、強迫性 (Anankastic)、脱抑制 (Disinhibition) および孤立した (Detached) の5つの trait domain を用いて分類すると講演していた¹⁵⁾。

パラフィリア

露出障害 (7D70)、窃視障害 (7D71)、小児性愛障害 (7D72)、強制的サディズム障害 (Coercive sexual sadism disorder) (7D73)、窃触障害 (7D74)、同意しないものを対象とする他のパラフィリア障害 (Other paraphilic disorders involving non-consenting individuals) (7D75)、単独で行う、または同意のある相手を要する他のパラフィリア障害 (Paraphilic disorder involving solitary behaviour or consenting individuals) (7D76) が挙げられている。

作為症/虚偽性障害群

自らに負わせる作為症 (7D80)、他者に負わせる作為症 (7D81) および作為症、特定不能 (7D8Z) が挙げられている。

神経認知障害群

せん妄 (7D90)、軽度認知障害 (7D91)、他の特定される神経認知障害群 (7D9Y) および神経認知障害群、特定不能 (7D9Z) が挙げられている。

なお、認知症は現在のところ、「精神および行動の障害」とは別の章である第9章「神経系の疾患群」に分類され、DSM-5で使用されている Neurocognitive disorder という用語ではなく、Dementia という用語が使用されている。そこには、認知症症候群 (9A60)、アルツハイマー病認知症 (9A61)、血管性認知症 (9A62)、パーキンソン病認知症 (9A63)、前頭側頭認知症 (9A64)、進行性焦点性萎縮 (Progressive focal Atrophies) (9A65)、確実に特定された中枢神経系の変性疾患による認知症 (9A66)、中枢神経系の確実に特定された障害群による認知症 (9A67)、確実に特定された感染疾患による認知症 (9A68)、毒素による認知症 (9A69)、代謝異常による認知症 (9A6A)、染色体異常による認知症 (9A6B)、リウマチ関連疾患による認知症 (9A6C)、複数の病因による認知症 (9A6D) が挙げられている。

しかし、ICD-10と同様に「精神および行動の障害」にも挙げられる multiple parenting を用いるか協議中である。

障害やどこにも分類されない疾患に影響を及ぼす心理的および行動上の要因 (7E00)

障害やどこにも分類されない疾患と関連する精神および行動の障害群

他の特定される精神および行動の障害 (7E0Y) および精神および行動の障害, 特定不能 (7E0Z) が挙げられている。

性保健に関する状態および睡眠-覚醒障害群について

ICD-11^β 草案では, 性保健に関する状態および睡眠-覚醒障害群は第7章「精神および行動の障害」には含まれていない。以下のようにそれぞれ第5章と第8章が割り当てられている。

1) 第5章「性保健に関する状態」

DSM-5では性機能不全群として含まれているが, ICD-11 草案では, 第7章「精神および行動の障害」から独立した章になっている。

性機能不全群には, 女性の性欲あるいは興奮の不全 (5A00), 男性の性欲低下不全 (5A01), 勃起不全 (5A02), 他の特定される性欲あるいは興奮の不全 (5A0Y), 性欲あるいは興奮の不全, 特定不能 (5A0Z) などが挙げられている。

オルガズム不全には, 無オルガズム症 (Anorgasmia) (5A10), 射精不全 (5A11), 他の特定されるオルガズム不全 (5A1Y), オルガズム不全, 特定不能 (5A1Z), 性交疼痛障害 (Sexual pain dysfunction) (5A20), 他の特定される性機能不全 (5A2Y) および性機能不全, 特定不能 (5A2Z) などが挙げられている。

性別不適合 (Gender incongruence) には, 青年および成人の性別不適合 (5A30), 小児の性別不適合 (5A31), 他の特定される性別不適合 (5A3Y) および性別不適合, 特定不能 (5A3Z) が挙げられている。

女性の生殖器の解剖学的変化には, 女性器切除 (Female genital mutilation) (5A40), 乳房縮小の障害 (5A41), 乳房の後天的欠損 (5A42), 女性生殖器の後天的欠損 (5A43), 他の女性の生殖器の解剖学的変化 (5A4Y) および女性の生殖器の解剖学的変化, 特定不能 (5A4Z) が挙げられている。

男性の生殖器の解剖学的変化には, 慣例あるい

は儀式的な環状切除 (割礼) (5A50), 男性の生殖器の後天的欠損 (5A51), 他の特定される男性の生殖器の解剖学的変化 (5A5Y) および男性の生殖器の解剖学的変化, 特定不能 (5A5Z) が挙げられている。

他に, 他の特定される性保健に関する状態 (5A7Y), 性保健に関する状態, 特定不能 (5A7Z) が挙げられている。

2) 第8章「睡眠-覚醒障害群」

不眠性障害 (Insomnia disorders), 睡眠関連運動障害群 (Sleep-related movement disorders), 睡眠関連呼吸障害群 (Sleep-related breathing disorders), 概日リズム睡眠-覚醒障害群 (Circadian rhythm sleep-wake disorders), 睡眠時随伴症群 (Parasomnia disorders) に大別されている。ICD-10の非器質性不眠症は慢性不眠症 (Chronic insomnia) (8A00) と名称が変更されている。

IV. International Classification of Health Intervention (ICHI) の作成作業について

1. ICHIについて

医療行為の国際分類である ICHI も WHO が作業を進めている。ICHI はもともとはオーストラリアの保健介入の分類である Australian Classification of Health Interventions (ACHI) をたたき台にして ICHI_a 版が作成され, 昨年 a2 Updated 版が公表された¹⁶⁾。WHO は電子媒体や IT で得られた患者情報を専門用語を使用しマッピングして, ICD, ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health, 国際生活機能分類)¹⁷⁾ および ICHI を用いて分類し, 各国の保健業務, 臨床業務, 管理業務および報告業務を行う電子保健システムの構築を計画している。その3本柱の1つが ICHI である。

2. 精神機能の項目

以下に ICHI_{a2} Updated 版の精神機能の分野のコード番号と項目を挙げる (表2)。個々の項目にはどのような医療行為が含まれるのか記述されているが, 紙幅の関係もあり本稿では項目のみ挙げる。なお, これを診断システムである ICD-11 と

表2 ICHla2 Updated 版の精神機能の分野のコード番号と項目

AT— 精神機能		ATF PN ZZ	全体的心理社会的機能への助言
ATA AA ZZ	精神機能の評価	ATF PP ZZ	全体的心理社会的機能に対するカウンセリング
ATA AC ZZ	精神機能のテスト	ATF PQ ZZ	全体的心理社会的機能への精神（心理）療法
ATA AI ZZ	精神機能のモニタリング		
ATA AM ZZ	精神機能の観察	ATG AA ZZ	気質とパーソナリティ機能の評価
ATA DB ZZ	精神機能に対する薬物療法の適応	ATG AC ZZ	気質とパーソナリティのテスト
ATA PG ZZ	精神機能に関する認知訓練の援助と誘導	ATG PH ZZ	気質とパーソナリティに対するトレーニング
ATA PH ZZ	精神機能のトレーニング	ATG PM ZZ	気質とパーソナリティに対する教育
ATA PM ZZ	精神機能についての教育	ATG PN ZZ	気質とパーソナリティへの助言
ATA PN ZZ	精神機能への助言	ATG PP ZZ	気質とパーソナリティに対するカウンセリング
ATA PP ZZ	精神機能に対するカウンセリング		
ATA PQ ZZ	精神機能に対する精神（心理）療法	ATG PQ ZZ	気質とパーソナリティに対する精神（心理）療法
ATA RB FA	精神機能の実験的なサポート		
ATA RC FA	精神機能に対する情緒的支援		
		ATH AA ZZ	エネルギーと欲動の機能の評価
ATB AA ZZ	包括的な精神機能の評価	ATH AC ZZ	エネルギーと欲動の機能のテスト
ATB AC ZZ	包括的な精神機能のテスト	ATH AL ZZ	エネルギーと欲動の機能の修正
ATB PH ZZ	包括的な精神機能のトレーニング	ATH AM ZZ	エネルギーと欲動の機能の観察
ATB PM ZZ	包括的な精神機能についての教育	ATH PH ZZ	エネルギーと欲動の機能のトレーニング
ATB PN ZZ	包括的な精神機能への助言	ATH PM ZZ	エネルギーと欲動の教育
ATB PP ZZ	包括的な精神機能へのカウンセリング	ATH PN ZZ	エネルギーと欲動の機能への助言
ATB PQ ZZ	包括的な精神機能への精神（心理）療法	ATH PP ZZ	エネルギーと欲動の機能についてのカウンセリング
		ATH PQ ZZ	エネルギーと欲動の機能に対する精神（心理）療法
ATC AA ZZ	意識の評価	ATH TY ZZ	エネルギーと欲動の機能のマネージング
ATC AC ZZ	意識のテスト	ATH TY ZZ	エネルギー機能のマネージング
ATC AF BQ	F-MRI		
ATC AI AZ	意識のモニタリング	ATK AA ZZ	睡眠機能の評価
ATC AL ZZ	意識への介入	ATK AC ZZ	睡眠機能のテスト
ATC AM ZZ	意識の観察	ATK AI ZZ	ポリソムノグラム
		ATK DB ZZ	麻酔療法
ATD AA ZZ	見当識の評価	ATK PH ZZ	睡眠機能のトレーニング
ATD AC ZZ	見当識のテスト	ATK PM ZZ	睡眠機能についての教育
ATD AM ZZ	見当識の観察	ATK PN ZZ	睡眠機能および睡眠習慣についての助言
ATD PG ZZ	見当識に関する認知訓練の援助と誘導	ATK PP ZZ	睡眠および睡眠習慣を変化させるためのカウンセリング
ATD PH ZZ	見当識のトレーニング	ATK SC ZZ	睡眠遮断（断眠）
ATD PN ZZ	見当識に関する助言	ATK TY ZZ	睡眠機能のマネージング
ATD RB FA	見当識に対する実験的な支援		
ATD TY ZZ	見当識機能のマネージング	ATM AA ZZ	注意機能の評価
		ATM AC ZZ	注意機能のテスト
ATE AA ZZ	知的機能の評価	ATM AM ZZ	注意機能の観察
ATE AC ZZ	知的機能のテスト	ATM PG ZZ	注意機能の認知訓練の援助と誘導
ATE PH ZZ	知的機能のトレーニング	ATM PH ZZ	注意機能のトレーニング
ATE PM ZZ	知的機能への教育	ATM PN ZZ	注意機能に対する助言
ATE PN ZZ	知的機能への助言	ATM PP ZZ	注意機能に対するカウンセリング
ATE PP ZZ	知的機能へのカウンセリング	ATM PQ ZZ	注意機能に対する精神（心理）療法
ATF AA ZZ	全体的心理社会的機能の評価	ATN AA ZZ	記憶の評価
ATF AC ZZ	全体的心理社会的機能のテスト		
ATF PH ZZ	全体的心理社会的機能のトレーニング		
ATF PM ZZ	全体的心理社会的機能の教育		

表2 ICHIα2 Updated 版の精神機能の分野のコード番号と項目 (つづき)

ATN AC ZZ	記憶のテスト	ATRAA ZZ	思考機能の評価
ATN AL ZZ	回想法	ATRAC ZZ	思考機能のテスト
ATN AM ZZ	記憶の観察	ATS AA ZZ	高水準の認知機能の評価
ATN PG ZZ	記憶の認知訓練の援助と誘導	ATS AC ZZ	高水準の認知機能のテスト
ATN PH ZZ	記憶のトレーニング	ATS PG ZZ	高水準の認知機能の援助と誘導
ATN PP ZZ	記憶のカウンセリング	ATS PH ZZ	高水準の認知機能のトレーニング
ATN RB FA	記憶の実践的な支援	ATS RB FA	高水準の認知機能の実践的支援
ATO AA ZZ	精神運動機能の評価	ATT AA ZZ	言語の精神機能の評価
ATO AC ZZ	精神運動制御のテスト	ATT AC ZZ	言語の精神機能のテスト
ATO PG EC	特異的な全身運動制御あるいは協調訓練	ATT PH ZZ	言語の精神機能のトレーニング
ATO PG EE	全般的全身運動制御あるいは協調訓練	ATU AA ZZ	計算機能の評価
ATO PG EF	他の全身運動制御あるいは協調訓練	ATU AC ZZ	計算機能のテスト
ATO PH ZZ	精神運動制御のトレーニング	ATV AA ZZ	順位付け複雑運動の精神的機能の評価
ATP AA ZZ	情緒機能の評価	ATV AC ZZ	順位付け複雑運動の精神的機能のテスト
ATP AC ZZ	情緒機能のテスト	ATV PH ZZ	順位付け複雑運動の精神的機能のトレーニング
ATP PH ZZ	情緒機能のトレーニング	ATW AA ZZ	自己の体験および時間機能の評価
ATP PN ZZ	情緒機能への助言	ATW AC ZZ	自己の体験および時間機能のテスト
ATP PP ZZ	情緒機能に対するカウンセリング	ATW AM ZZ	自己および時間機能の観察
ATP PQ FC	対象を用いる情緒機能に対する精神 (心理) 療法	ATW PG ZZ	自己の体験および時間機能に関連する認知訓練の援助と誘導
ATP PQ OF	登録行動を用いる情緒機能のための精神 (心理) 療法	ATW PH ZZ	自己の体験および時間機能に関連する精神機能のトレーニング
ATP PQ ZZ	情緒機能のための精神 (心理) 療法	ATW PP ZZ	自己の体験および時間機能に対するカウンセリング
ATP RC FA	情緒的支援	ATW RC FA	自己の体験および時間機能に対する情緒的支援
ATP TY ZZ	情緒機能のマネージメント		
ATQ AA ZZ	知覚の評価		
ATQ AC ZZ	知覚のテスト		
ATQ AM ZZ	知覚の観察		
ATQ PG ZZ	知覚の認知訓練の援助と誘導		
ATQ PH ZZ	知覚のトレーニング		

どのように連携して運用していくかの具体案はまだ公表されていない。

3. ICHI と CPT

米国医師会 (American Medical Association: AMA) が作成している医療行為の分類である CPT (Current Procedural Terminology)¹⁾ と ICHI が協調していこうという動きがある。つまり、CPT が医療行為の分類の世界的なスタンダードになるかもしれないということであり、日本も例外にはなれない可能性がある。CPT などに挙げられている診療行為により米国では各個人が加入している保険や政府から診療報酬が払われているわけ

であり、CPT が世界的なスタンダードになるということはグローバル企業である米国の保険会社や製薬メーカーにとり非常なアドバンテージになる。

今後、もし ICHI と CPT が協調していく方向になれば、米国からの日本の医療環境の開放要求は強まるものと予想され、ICHI の動向にも注意を充分に払っていく必要がある。

V. ま と め

ICD-11 および ICHI の動向について述べたが、WHO は IT と電子保健システムを組み合わせ、そ

ここにICD, ICFおよびICHIを用いていく方向で今後の医療を考えている。診断分類には興味がなくとも、診断により発生する診療行為にも世界的なスタンダードができて、日本もそれを採用するとなれば無関心ではいられないと思われる。

周知のように、TPP（環太平洋パートナーシップ協定）では、医療分野での規制緩和が求められており、ICHIとCPTが歩み寄れば米国からの外圧がさらに強くなるのが予想される。もしそのようなことが起これば精神医療も例外ではなく、日本の精神医療は大きな影響を受けることは避けられない。今後、ICD-11やICHIなどのWHOの分類システムから目が離せない状況が続くと考える。

利益相反

なし。

文 献

- 1) American Medical Association : Current Procedural Terminology (CPT), Professional Edition, 2015, Chicago, 2014.
- 2) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Arlington, VA, 2013.
- 3) ICD-11 Beta Draft <http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/l-m/en> (cited on 18th, July, 2015)
- 4) 丸田敏雅, 松本ちひろ, 飯森眞喜雄 : ICD-11 に向けての動向, 精神科診断学, 1 : 48-57, 2008.
- 5) 丸田敏雅, 松本ちひろ, 飯森眞喜雄 : ICD-11 作成の動き, 精神経誌, 110 : 813-818, 2008.
- 6) 丸田敏雅, 松本ちひろ, 飯森眞喜雄 : ICD-11 「精神および行動の障害」作成の動向, 精神科診断学, 2 (1) : 3-27, 2009.
- 7) 丸田敏雅, 松本ちひろ, 飯森眞喜雄 : ICD-11 作成に向けて, 精神科, 14 (2) : 1-11, 2009.
- 8) 丸田敏雅, 松本ちひろ, 飯森眞喜雄 : ICD-11 作成の動向, 精神経誌, 113 (3) : 309-322, 2011.
- 9) 丸田敏雅, 松本ちひろ, 飯森眞喜雄 : ICD-11 作成の最新動向, 臨床精神医学, 41 (5) : 521-526, 2012.
- 10) Maruta, T., Matsumoto, C., Kanba, S. : Towards the ICD-11 : Initiatives taken by the Japanese Society for Psychiatry and Neurology to address needs of patients and clinicians. *Psychiatry Clin. Neurosci.*, 67 (5) : 283-284, 2013.
- 11) 丸田敏雅 : ICD-11 の直近の動向—線形構造草案を中心に, 精神経誌, 116 (1) : 46-53, 2014.
- 12) 丸田敏雅, 松本ちひろ : ICD-11 作成の現段階での最新動向, 臨床精神医学, 43 巻増刊号 : 47-52, 2014.
- 13) 日本精神神経学会・精神科病名検討連絡会 : DSM-5 病名・用語解説ガイドライン (初版), 精神経誌, 116 (6) : 429-457, 2014.
- 14) Reed, G.M., Rebelli, T.J., Flic, K.M. et al. : WHO's Global Clinical Practice Network for mental health. *Lancet Psychiatry*, 2 : 379, 2015.
- 15) Tyrer, P., Crawford, M., Mulder, R. ; ICD-11 Working Group for the Revision of Classification of Personality Disorders : Reclassifying personality disorders. *Lancet*, 377 (9780) : 1814-1815, 2011.
- 16) World Health Organization : International Classification of Health Intervention, ICHI Alpha 2, Geneva, 2014.
- 17) World Health Organization : International Classification of Functioning, Disability and Health, 2003.



DSM-5におけるパーソナリティ障害診断の 代替モデルとICD-11への示唆

松本ちひろ*

Key Words DSM-5, ICD-11, パーソナリティ障害 (personality disorders), 診断 (diagnosis), 分類 (classification)

抄録：2013年5月にDSM第5版が完成と発刊を迎えたが、パーソナリティ障害群の診断分類についてはDSM-IV-TRからの変更は実質的にないままであった。DSM-5に向けた改訂作業中に採用が検討された診断モデルは、診断カテゴリと診断基準からなるいわゆる本体である部分への掲載は見送られ、「代替モデル」として新しい尺度とモデルを含む章へ掲載されることとなった。本稿では、パーソナリティ障害の診断分類へのアプローチがカテゴリカルからディメンショナルなものへと移行しつつある背景について記述し、DSM-5の代替モデルの概要を述べ、この代替モデルに関連して近年得られた知見や評価ツールを紹介した。さらに、現在も改訂作業が進行中であるICD-11にも触れ、DSM-5改訂に向け積み重ねられた知見のICD-11への影響と反映、DSM-5代替モデルとの相違点についても考察した。

序論

DSM-5¹⁾の発刊にあたり大幅な改変が期待されたパーソナリティ障害群であるが、新たに提案されたパーソナリティ障害の診断モデルは本体に該当するSection IIには掲載されず、今後の研究対象であるSection IIIへの掲載となった。それに伴い、現在DSM-5に掲載されているパーソナリティ障害群の章は、実質的にDSM-IV-TR²⁾から変更のないものとなっている。

本稿ではSection IIIに掲載となった従来の診断様式の代替となるモデル(以下「代替モデル」)

の概要を述べたのちに、この代替モデルに関連して近年得られた知見や評価ツールを紹介し、さらにDSM-5以降の展望ならびにICD-11への示唆について考察する。

代替モデルの概要

1. カテゴリカルな診断へのディメンショナルな診断様式の導入と「ハイブリッドモデル」
「カテゴリカルな診断」とは、パーソナリティ障害をいくつかのタイプに類型分けし、おのこの最も典型的な例においてみられる症状を診断基準として設けた診断方法である。DSM-IV-TR、ひいてはその流れを受けた

The alternative model for diagnosing personality disorders in the DSM-5 and its implications for the ICD-11

* MATSUMOTO Chihiro 日本精神神経学会 [〒113-0033 東京都文京区本郷 2-38-4 本郷弓町ビル]

DSM-5 (Section II)では、10個のタイプのパーソナリティ障害が診断カテゴリとして設けられている。

これに対し、近年パーソナリティ障害の専門家の間では、パーソナリティ障害を類型分けし、患者をそのどれかに当てはめて診断しようとするのには無理があり、各患者の持つパーソナリティ特性をディメンショナルに評価するのが妥当との見識が共有されてきた⁵⁾。この流れを汲み、DSM-5に取り入れようとする過程で生まれたのが特性モデルである。この病的特性は、従来の〇〇障害というような診断名にとらわれず、パーソナリティ特性を5つの広範な「特性領域」において評価するアプローチであり、さらにおのおの「特性領域」に含まれる細分類である「特性側面」は合計で25個設けられている。DSM-5出版にあたり、すでにこれについて多数紹介がなされてきたので、ここでは「特性領域」と「特性側面」の項目のみを紹介する(表1)が、おのおのの定義については、DSM-5¹⁾当該箇所の一読を勧めたい。

理論上、この特性モデルは既存のパーソナリティ障害カテゴリすべてを網羅できるものであり、この採用によって〇〇障害という診断ラベルは不要となるはずであった。たとえば、回避性パーソナリティ障害を特徴づけるのが不安性、引きこもり、快感消失、親密さ回避の4つの特性側面であるので、この4つの特徴がみられ、かつ後述するパーソナリティ機能に中等度以上の障害が認められれば、その旨を記録すればよいのであり、回避性パーソナリティ障害というカテゴリは不要となる(なお、実際の代替モデルにおいてはこれら4つの特性側面のうち、不安性は必須で、そのほかに2つ以上の特性の該当が診断要件とされている)。

この方針が支持された背景には、パーソナリティ障害はコモビディティが高い傾向にあり、また、特定のパーソナリティ障害カテゴリの診断基準は満たすがどのパーソナリティ機能にも当てはまらない、つまりパーソナリティ障害

Not Otherwise Specifiedの診断も多かった、という反省がある¹⁸⁾。言い換えれば、パーソナリティ機能に障害のある患者を10個のカテゴリにきれいに分類しようというのは、日常臨床の現実にそぐわなかったということである。

しかし長年にわたり用いられて続けてきたパーソナリティ障害のカテゴリを完全に廃してしまうことについては反対が大きく、結果的に代替モデルでは「ハイブリッドモデル」と呼ばれる方針が採用された。すなわち、上述の例でいうと、回避性パーソナリティ障害という診断カテゴリは理論上なくてもよいが、その呼称を残し、指定する病的特性のうちいくつ以上の該当を診断要件とする、つまりディメンショナルな診断様式にカテゴリカルな発想を組み合わせた、という意味でのハイブリッドモデルである。代替モデルは、あくまでも現時点でDSM-5の次版に向けて提唱されているモデルである。代替モデルに関連する尺度の開発や研究活動が活発に行われ、知見が蓄積されることで、実際に次版でパーソナリティ障害の診断様式が変更される際には、このハイブリッドモデルになんらかの変更が加えられる可能性は十分に考えられる。

なお、上述のように、ディメンショナルなパーソナリティ特性評価の導入は有識者の見地から強い要望があり⁵⁾、既存の〇〇障害といった診断ラベルを廃するの可否かという議論が大きく取り上げられがちだったため、DSMのパーソナリティ障害に関して「代替モデル」という際、表1にみられる特性モデルを想起される人が少なからずいるものと思われる。しかし実際には、後述するパーソナリティ機能レベルの評価様式の変更も含めての代替モデルであり、特性モデルはその一端をなすものであることをここで付け加えておく。

2. パーソナリティ機能の操作的定義と重症度診断

代替モデルにおいては、カテゴリカルな診断様式に対するディメンショナルな診断様式の導入のインパクトが大きかったためにやや注目度

表1 DSM-5 代替モデルと ICD-11 草案のパーソナリティ特性領域比較

DSM-5 代替モデルの特性領域	ICD-11 草案の特性領域
否定的感情 (対 情動安定性) Negative affectivity (vs. emotional stability) ・ 情動不安定 ・ 不安性 ・ 分離不安感 ・ 服従性 ・ 敵意 ・ 固執 ・ 抑うつ性 (*「離脱」にも包含) ・ 疑い深さ (*「離脱」にも包含) ・ 制限された感情 (⇔その欠如) (*感情の制限がみられない場合、「否定的感情」の領域におけるスコアが低いことを示す。制限された感情がみられる場合は「離脱」に包含)	否定的感情の特徴 Negative affective features 本領域は、苦痛と感じられる幅広い情動を表出しやすいというのが主な特徴である。その情動には、不安、怒り、自己嫌悪、苛立ち、脆弱さ、抑うつ、および他の否定的な情動を含む。これらはしばしば、比較的小さなストレス因(それが実際のものであれ、ただそのように体験されたというだけのものであれ)への反応としても体験される。
離脱 (対 外向) Detachment (vs. extraversion) ・ 引きこもり ・ 親密さ回避 ・ 快感消失 ・ 抑うつ性 ・ 制限された感情 ・ 疑い深さ	情動および対人的距離感の特徴 Features of detachment 情動および対人場面での距離が本領域の中核にあり、これは著しい対人的閉じこもりおよび/または他人への無関心や、交際関係のみならず近しい友人関係の回避を含む愛着対象が極少または皆無の孤立状態に表れる。本領域の特性には、他者に対するよそよそしさや冷たさ、遠慮、受動性、自己主張の欠如が含まれる。情動(特にポジティブな情動)の体験や表現が乏しく、快楽を体験する能力の減少がみられるほどである。
対立 (対 同調性) Antagonism (vs. agreeableness) ・ 操作性 ・ 虚偽性 ・ 誇大性 ・ 注意喚起 ・ 冷淡 ・ 敵意 (*「否定的感情」にも包含)	非社会的な特徴 Dissocial features 社会的義務と慣習および他者の権利や感情の軽視が本領域の中核にある。本領域の特性には、冷淡さ、共感性の欠落、敵対心と攻撃性、無慈悲、向社会的行動を維持できない、もしくははたがらない、が含まれる。これらはしばしば、過度にポジティブな自己認識、特権意識、および他人を操作したり搾取したりする傾向として現れる。
脱抑制 (対 誠実性) Disinhibition (vs. conscientiousness) ・ 無責任 ・ 衝動性 ・ 注意散漫 ・ 無謀 ・ 硬直した完璧主義 (⇔その欠如) (*硬直した完璧主義がみられない場合、「脱抑制」の領域におけるスコアが低い)	脱抑制の特徴 Features of disinhibition 内的または外的刺激に対し、長期的な影響を考えずに衝動的に行動してしまう傾向が持続するのが中核にある。本領域の特性には、無責任、危険や結果を顧みない衝動性、注意散漫、無謀が含まれる。
精神病性 (対 透明性) Psychoticism (vs. lucidity) ・ 異常な信念や体験 ・ 風変わりさ ・ 認知および知覚の統制不能	[該当なし]
[該当なし]	強迫的な特徴 Anankastic features 特定の理想に沿って物事が進むよう、自分および他人の行動をコントロールまたは統制することのみに注意が向けられる。本領域の特性には、完璧主義、固執、情動および行動の制約、頑なさ、慎重、几帳面、規則を遵守し義務を果たすことへの配慮が含まれる。

注：文献1および18を基に作成。

が下がってしまった感があるが、パーソナリティ障害をそもそもどう定義するのか、パーソナリティ機能をどのように評価するかについても、DSM-IV-TRと比較して精緻な様式が提案されている。

代替モデルにおいては、パーソナリティ機能は大きく自己と対人関係の機能から構成されるものと概念づけられており、さらに自己機能は同一性と自己志向性、対人関係の機能は共感性と親密さの要素を含むものとされている⁴⁾。同一性、自己志向性、共感性、親密さの構成要素はそれぞれさらに3つの要素からなっており(表1)、これらおのおのに対して「機能障害なし」から「機能障害最重度」までの5段階評価が可能である。これらを総合し、パーソナリティの機能障害が中等度以上であることが、パーソナリティ障害の診断をつける基準の1つとなっている⁸⁾。

● DSM-5以降への展望

代替モデルは従来の診断様式からの変化が大きい一方、十分なエビデンスがDSM-5刊行までに提出できなかったために本体への収載がかなわなかった。しかしDSM-5発刊後も、世界各国の研究者は代替モデルに基づくツールを作成し、データ収集を行い、その妥当性を検討している。米国精神医学会からDSM-5以降の公式な診断分類システムに関するアナウンスは現時点でないが、関係者はすでにDSM-5.1(仮称)、つまりマイナーな改訂版であるDSM-5の次版に向けて積極的に研究を進めている。主なところでは、まずパーソナリティ機能尺度についてすでに信頼性^{7,16)}、妥当性^{7,14)}に関する検討が行われている。特性モデルについては、これに基づきPersonality Inventory for DSM-5 (PID-5)が作成された¹²⁾。PID-5は自記式と情報提供者記入式が用意され、またさらに、220項目版に加え新たに簡易版も作成されている⁹⁾。DSMのための構造化面接であるStructured Clinical Interview for DSM (SCID)に関しては、代替

モデルの評価方法をまとめたSCID-Alternative Model of Personality Disordersが作成されており⁸⁾、今後データ収集や他言語への翻訳も期待されている。

診断分類システムに新たに収載となったり大幅な変更が加えられたりした診断カテゴリや診断基準について発刊前に得られるデータは、フィールドスタディからのみに限定されがちである。これに対し、代替モデル、もしくはその改訂版がDSM-5.1に掲載されるとなれば、通常新たに刊行される診断分類システムにみられるよりも十分な知見に裏打ちされたものとなることが期待できる。

● ICD-11への示唆

ここで、2018年の刊行を目指しているICD-11についても触れておきたい。ICD-11に向けた改訂作業は現在も進行中である。DSM-5のパーソナリティ障害の診断様式がDSM-IV-TRと全く変わらず、さらにDSM-5の次版がいつ刊行されるのか白紙の状態であるため、ICD-11がディメンショナルなモデルを正式に採用する診断様式となるよう、期待が高まっている。作業途中であり、今後まだまだ変更はありうるとの前提で、当該ワーキンググループの座長であるTyrerら¹⁸⁾によれば、現在以下の方針で改訂が進められている。

1. 機能レベルと重症度

DSM-5代替モデルと比較して大きく異なるのは、ICD-11草案は重症度に重きを置いている点である。どのようなパーソナリティ機能の障害がみられるかとどの程度パーソナリティ機能に障害がみられるかの両方がDSM-5代替モデルでは等しく重要視されている(すなわち、どちらも診断基準となっている)のに対し、ICD-11では後者が診断においてより優先順位が高いものとして位置づけられ、前者は二義的な位置づけとなっているのである。

ICD-11で現在提案されているパーソナリティ障害の診断カテゴリは、軽度のパーソナリティ

表2 DSM-5代替モデルにおけるパーソナリティ機能の概念と障害のレベル

DSM-5代替モデルにおけるパーソナリティ機能の要素		機能障害のレベル
自己機能	同一性 ・自分が他者とは違う人間であるという感覚, すなわち明確な自他の境界や, 自律性や主体性の保持 ・安定した自尊心や正確な自己認識 ・情動制御の能力	
	自己志向性 ・合理的で意義のある目標の追及 ・建設的で社会的に好ましい行動規範の活用 ・建設的に内省を行う能力	0 = 機能障害なし 1 = いくつかの機能障害 2 = 機能障害中等度 3 = 機能障害重度 4 = 機能障害最重度
対人関係の機能	共感性 ・他者の体験や動機への理解と尊重 ・多様な見方や考え方の許容 ・自らの行動が他者にもたらす影響の理解	
	親密さ ・他者との深く長期にわたる好ましい関係 ・親密さへの欲求と, それを得て維持するだけの能力 ・対人場面における自他の相互作用への理解	

注：文献4を基に作成。

障害, 中等度のパーソナリティ障害, および重度のパーソナリティ障害の3つとなっている。つまり, パーソナリティ障害の全般的基準を満たす患者に対し, 重症度評価を行った時点で診断がつく, ということになる。DSM-5代替モデルでいうところの特性評価に相当する評価も検討されているが(詳細は次項にて詳述), これは現在のところ特定用語に近い扱いとなる見込みである。つまり, 特定用語の使用が必要, 適切, または可能と臨床家が判断する場合に, 用いてもよい, すなわち使用は必須でなくオプションという位置づけである。

なお, 精神障害の診断カテゴリではないが, 臨床上意味のある閾値下のパーソナリティ機能障害を差すものとして, 「パーソナリティ上の困難(personality difficulty)」の新設も提案されている。これはICD-10でいうところのZコード(「健康状態に影響を及ぼす要因および保健サービスの利用」)に該当するものとして新設される予定である。

ICD-11の重症度に重きを置く診断様式につい

て, いくつかの根拠が示されている。まず, 予後の予測に最も役立つのは重症度である¹⁰⁾という主張である。機能障害が重度であればあるほどパーソナリティ障害同士でも, 障害群をまたいで他の精神障害群(たとえば, 抑うつ障害や不安障害)ともコモビディティが高くなり, 治療の困難度は増し, 予後は悪くなりがちである¹⁸⁾。臨床で頻繁に用いられるのが事実上は境界性と反社会性パーソナリティ障害, およびNOSばかりであり, 臨床的に有益な情報をもたらすのが10個の診断カテゴリでなく重症度であるならば, 重症度評価を基軸にした診断様式に変更すべき, との主張であるとまとめられよう。これまでパーソナリティ障害の専門家が丹念に積み上げてきた知見に対してやや乱暴な主張とも受け取れるが, 精神科医療のリソースが必ずしも十分とはいえない環境での使用も想定に含まざるをえないICDとしては, 臨床上より有益となりうる情報をほかに優先する, という考え方も合理的であるのかもしれない。ただし, 欧米を中心に, より高度なパーソナリティ

障害の治療や研究が行われている地域の有識者から、パーソナリティ特性の評価を二義的に扱うこの方針に批判的な意見が出ることも十分予想される。

ほかに重症度評価を前面に出すメリットとして、パーソナリティ機能のレベルは人生を通し経時的に変化しうるものである^{13,17)}という認識を広める狙いや、ひいては一度ついたパーソナリティ障害の診断は、重度から軽度に、あるいは困難に軽快しうると強調することで、一生スティグマがついてしまうレッテルとならないようにする狙いもあげられている。診断カテゴリ数が多いために生じる診断のつけづらさの他に、いったんパーソナリティ障害の診断をくだしてしまったらそれが患者に一生ついて回るかもしれないという懸念から、患者、特に若年の患者に対してパーソナリティ障害の診断を躊躇せざるをえない場面があるかもしれない。また、すでにパーソナリティ障害の診断がついた患者のパーソナリティ機能が何度も評価されることはなかなかないが、重症度が常に変化しうることを強調することで、パーソナリティ機能の定期的評価を促すきっかけになるかもしれない。精神科医療の外来患者中のパーソナリティ障害の有病率が50%と見積もる報告もあるなか³⁾、パーソナリティ障害の診断を実際に受ける患者が極めて少ない¹⁸⁾現状を鑑みると、重症度評価を優先するというICD-11の判断は、まずはパーソナリティ機能の評価を広く日常臨床に取り入れてもらうという課題に向けて必要な取捨選択であるという見方もできる。

DSM-5との比較という観点からは、DSM-5が自己機能と対人機能を厳密に区別してパーソナリティ機能全体の評価を求めるのに対し、ICD-11は現時点で対人機能のみを評価する方針をとっていることも相違点にあげられる。この理由について、自己機能は対人機能と比較して複雑であり、リソースや専門性に大きなばらつきがある使用者を想定せざるをえないICDとしては、自己機能の評価を課すのは現実的でな

いと判断したようである。しかし、これについても当然のことながら有識者から批判が出ており、今後フィールドスタディの機会も活用し、自己機能評価の採用の余地を残す姿勢をとっている。

2. パーソナリティ特性の評価

診断におけるウエイトは重症度と比較して二義的と位置づけられているが、ICD-11もパーソナリティ特性の評価は診断様式に含める方針であり、DSM-5代替モデルで採用されている特性領域とおおむね一致する。ICD-11では、パーソナリティの機能障害が特にみられる特性領域として、negative affective features, dissocial features, features of disinhibition, anankastic features, features of detachmentがあげられている(表1)。このうちanankastic features以外がそれに相当する特性領域をDSM-5にも持ち、DSM-5でいうところのpsychoticism領域がICD-11には含まれなくなっている。なお、歴史的にICDでは、psychoticismに相当する概念を統合失調型障害として、パーソナリティ障害ではなく統合失調症などの精神病性障害と近いものと位置づけてきた。強迫的なパーソナリティ特性のエッセンスは、DSM-5代替モデルに全く含まれないわけではない。ICD-11草案でAnankastic featuresに含まれる要素をみると、いくつかはDSM-5代替モデルにおいて抑制の有無に関連するものとして分類されている。このことから、強迫的なパーソナリティ特性をどの領域に関連づけるかの点において両システム間で差が出た、と表現してよいだろう。

診断様式としては、前述した重症度の評価を必須とするパーソナリティ障害の診断に、その患者のパーソナリティにおいて特に機能低下に著しく関連する特性を付記するかたちとなる。DSM-5代替モデルの特性モデルと同様、特性領域はカテゴリではないので、適切であれば2つ以上の特性領域を付加することが可能である。

DSM-5代替モデルの特性モデルが各特性領域の下に特性側面を設けているのに対し、ICD-11

の特性モデルは各特性領域に定義ないし説明を加えながらも厳密なかたちで特性側面を設けることに慎重な様子である。ICDはもともと過度な複雑さや操作的定義を避ける傾向にあるのに加え、25個もの特性側面を含むDSM-5代替モデルが一般の臨床家には複雑すぎるとの批判を受けた影響も考えられる。現時点で、DSM-5代替モデルの特性側面に相当するパーソナリティ特性は、「(～の特性領域は～の特徴を含む) (すなわち、(～の特性領域は～の特徴)からなる」とは言い切っていない」と表現されている。

結語

DSM-5のパーソナリティ障害診断の代替モデルとICD-11草案の診断モデルは、パーソナリティ機能障害の程度の評価と、機能障害が著しい特性領域の評価を組み合わせている点において、概念的な互換性があるものといえてよいだろう。一見すると、DSM-5代替モデルが非常に精緻な、あるいは過度に複雑な印象を、対照的にICD-11の診断モデルが過度に粗いという印象を受けるかもしれない。しかしこれらは想定される使用場面や使用者によって適切と思われる情報の種類や粒度を調整した結果であり、両者の差異はある程度の必然性を含むようにも思われる。

DSM-5のパーソナリティ障害診断がDSM-IV-TRから実質的には変更がなかったことを考えると、DSM、ICDどちらに関してもパーソナリティ障害のより望ましい診断分類のあり方が模索されている最中といえる。

このような動向を背景に2015年10月に開催された第14回国際パーソナリティ学会での基調講演において、Joel Parisは、パーソナリティ障害がいまだに「精神医学の継子」の位置づけを脱していないと指摘した。精神病性障害や気分障害、不安障害などと比較し、望まれた子ではないけれども義務感から世話をせざるをえない対象、との皮肉である。パーソナリティ機能が臨床像全体に多大な影響を及ぼすものであ

り^{6,11,15)}、上記の障害群と等しく重要であるとの認識が専門家間では共有されているにもかかわらず、国や地域を問わず、日常臨床の中でその評価が広く十分に行われているとは言いがたい。この状況の改善が大きな課題であるとの認識は、パーソナリティ障害の専門家間で、立場を超えて共有されている。

より精緻なパーソナリティの機能および重症度評価のあり方と、より現実の臨床場面に即したあり方の両方が同時に模索されることで、短期的にはDSMとICDの間で差が生じるかもしれない。しかし将来的には、どちらの診断システムのアプローチも、パーソナリティ障害への関心の高まりと、臨床像評価の過程への浸透に寄与することが望まれる。

文献

- 1) American Psychiatric Association : Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5(5th ed). Arlington VA : Author. 2013
- 2) American Psychiatric Association : Diagnostic and statistical manual of mental disorders : Text Revision(4th ed). APA, Washington DC : Author. 2000
- 3) Beckwith H, Moran PF, Reilly J : Personality disorder prevalence in psychiatric outpatients : a systematic literature review. Personal Ment Health 8 : 91-101, 2014
- 4) Bender DS, Morey LC, Skodol AE : Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM-5, Part I : A review of theory and methods. J Pers Assess 93 : 332-346, 2011
- 5) Bernstein DP, Iscan C, Maser J : the Boards of Directors of the Association for Research in Personality Disorders, and the International Society for the Study of Personality Disorders. Opinions of personality disorder experts regarding the DSM-IV personality disorders classification system. J Pers Disord 21 : 536-551, 2007
- 6) Clark LA : Temperament as a unifying basis for personality and psychopathology. J Abnorm Psychol 114 : 505-521, 2005
- 7) Few LR, Miller JD, Rothbaum AO et al : Examination of the Section III DSM-5 diagnostic

- system for personality disorders in an outpatient clinical sample. *J Abnorm Psychol* 122 : 1057-1069, 2013
- 8) First MB, Skodol AE, Bender DS et al : Structured Clinical Interview for the DSM-5 Alternative Model for Personality Disorders (SCID-AMPD). New York State Psychiatric Institute, New York : NY, 2014
 - 9) Fossati A, Somma A, Borroni S et al : The Personality Inventory for DSM-5 Brief Form : Evidence for Reliability and Construct Validity in a Sample of Community-Dwelling Italian Adolescents. *Assessment*. 2015 Dec 16. doi : 10.1177/1073191115621793 [Epub ahead of print]
 - 10) Hopwood CJ, Malone JC, Ansell EB et al : Personality assessment in DSM-5 : empirical support for rating severity, style, and traits. *J Pers Disord* 25 : 305-320, 2011
 - 11) Khan AA, Jacobson KC, Gardner CO et al : Personality and comorbidity of common psychiatric disorders. *Br J Psychiatry* 186 : 190-196, 2005
 - 12) Krueger RF, Derringer J, Markon KE et al : Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychol Med* 42 : 1879-1890, 2012
 - 13) Lilienfeld SO : Longitudinal studies of personality disorders : four lessons from personality psychology. *J Pers Disord* 19 : 547-556, 2005
 - 14) Morey LC, Bender DS, Skodol AE : Validating the proposed Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition, severity indicator for personality disorder. *J Nerv Ment Dis* 201 : 729-735, 2013
 - 15) Newton-Howes G, Tyrer P, Anagnostakis K et al : The prevalence of personality disorder, its comorbidity with mental state disorders, and its clinical significance in community mental health teams. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 45 : 453-460, 2010
 - 16) Skodol AE, Morey LC, Bender DS et al : The ironic fate of the personality disorders in DSM-5. *Personality Disorders*. *Personal Disord* 4 : 342-349, 2013
 - 17) Tyrer P, Crawford M, Mulder R et al : The rationale for the reclassification of personality disorder in the 11th Revision of the International Classification of Diseases. *Personal Ment Health* 5 : 246-259, 2011
 - 18) Tyrer P, Reed GM, Crawford M : Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *Lancet* 385 : 717-726, 2015

* * *

 学術集会告知板

第11回(2016年度)九州『森田療法セミナー』 受講者募集のお知らせ

受講対象者：メンタルヘルスに関心のある、医師、臨床心理士、看護師、社会福祉士、介護福祉士、養護教諭、その他の教育関係者。

期日と日時：2016年6月から8月の土曜日(全12講義)：午後2時から6時(1日2講義)；6月11日、6月18日、7月9日、7月23日、8月6日、8月20日の6日間

会場：九州大学病院ウエストウイング(精神科神経科カンファレンス室)
〒812-8582 福岡市東区馬出3丁目1-1 TEL 092-642-5627

受講料：医師 5万円、メンタルヘルス従事者 3万円

問い合わせ先(受講申込書を送ります)

〒812-8582 福岡市東区馬出3丁目1-1

九州大学大学院医学研究院 精神病態医学

九州森田療法セミナー事務局 代表 田代信維

TEL 092-642-5627 (精神科医局)

主催 九州森田療法セミナー

※ 第45巻第2号に掲載いたしましたが、日時変更のため、再度掲載いたします。

■資料論文

SSTや心理教育等のプログラムを実施している 精神科デイ・ケア等の組織運営体制に関する研究

長沼洋一^{1,2)}, 長沼葉月³⁾, 竹島 正¹⁾

抄録:

【目的】精神科デイ・ケア等において、SSTや心理教育等の専門的かつ効果的なりハビリテーション実践を可能にする組織運営体制の特徴を明らかにする。

【対象と方法】2008年に全国の精神科デイ・ケアを実施していた病院943カ所と診療所244カ所を対象として質問紙調査を行い、411病院(43.6%)と110診療所(43.9%)の回答を得た。デイ・ケア等のプログラムの名称及び目的から、SSTや心理教育等の実施状況を把握した。SSTや心理教育等のプログラム実施群と未実施群とで病床数、患者数、スタッフ数を比較した。

【結果】病院では、プログラム実施群は未実施群に比べて、退院患者数及び外来患者数が多く、利用者数が多かった。また常勤の医師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士や臨床心理技術者が有意に多かった。診療所では、プログラム実施群は未実施群に比べて、デイ・ケアの実施規模が大規模のところが多く、デイ・ケアの実施日数及び実利用者数、延べ利用者数が多かった。常勤のスタッフ配置では医師、精神保健指定医数と作業療法士、臨床心理士技術者が多かった。

【結論】精神科デイ・ケア等における機能の充実化のためには、一定の患者数やスタッフ数を確保するなど、安定した運営が可能な体制が求められていることが示唆された。

日社精医誌 24 : 240-252, 2015

索引用語: 精神科デイケア, SST, 心理教育, 組織運営体制

緒 言

精神保健医療福祉の地域化を進めている今日、
精神科デイ・ケア、ナイト・ケア、デイ・ナイ

ト・ケア、ショートケア(以下デイ・ケア等とする)は、精神障害者の退院促進、地域生活継続を促す上で、欠かすことのできない地域資源の一つとなってきた^{12,13)}。

英文タイトル: Characteristics of the Organizational Structures of Psychiatric Day Care Implementing Social Skills Training and Psychoeducation

受付日: 2014年5月23日 受理日: 2015年4月9日

著者連絡先: 長沼洋一(東海大学健康科学部社会福祉学科)
〒259-1193 神奈川県伊勢原市下糟屋143

TEL: 0463-93-1121 FAX: 0463-90-2073

E-mail: ynaganuma@tokai-u.jp

Corresponding author: Yoichi Naganuma

Department of Social Work, School of Health Sciences,
Tokai University

143 Shimokasuya, Isehara-shi, Kanagawa 259-1193, Japan

1) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所精神保健計画研究部

Yoichi Naganuma, Tadashi Takeshima: Department of Mental Health Policy and Evaluation, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry

2) 東海大学健康科学部社会福祉学科

Yoichi Naganuma: Department of Social Work, School of Health Sciences, Tokai University

3) 首都大学東京都市教養学部人文・社会系社会福祉学分野
Hazuki Naganuma: Division of Social Studies, School of Humanities and Social Sciences, Faculty of Urban Liberal Arts, Tokyo Metropolitan University

平成16年に厚生労働省は「精神保健医療福祉の改革ビジョン」をまとめ、「医療デイ(ナイト)ケアや訪問看護について、通所型社会復帰施設やホームヘルパー等の利用者との病状や必要な支援の違いの有無について分析を行いつつ、医療の必要性の高い重度者等に段階的に重点化を図る」と方向性を示した⁵⁾。さらに平成21年には「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」において、デイ・ケア等の成果を一定程度認めつつも、治療効果のエビデンスが確立されていないとし、今後のデイ・ケア等は「急性期や回復期に、適切なアセスメントに基づき、認知行動療法、心理教育等を一定期間重点的に行うなど、対象・利用期間・実施内容を明確にして医療としての機能を強化」することとし、対象者・利用者・実施内容が福祉サービスと重複しているデイ・ケア等については、利用者の選択の下で障害福祉サービスへの移行を促すよう示唆した³⁾。平成24年の診療報酬の改定では、精神科デイ・ケアのうち「大規模」なものについては多職種チームで作成する「疾患等診療計画書」の作成が求められるようになった⁴⁾。さらに平成25年精神保健福祉法の改正を受けて取りまとめられた「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」では「外来・デイケア等」が地域における医療機関間の連携を推進しつつ、「生活能力等の向上に向けた専門的かつ効果的なりハビリテーションを外来・デイケア等で行うことができる体制の確保」を推進するとされた⁶⁾。すなわち今日のデイ・ケア等には外来医療において『多職種が連携しつつ多角的なアセスメントを行い、その状態に応じて認知行動療法や心理教育等を重点的に行うこと』が期待されていると言えよう。

こうした政策の中で、デイ・ケア等の実利用者総数は増加している。精神科病院のデイ・ケアの1カ月延べ利用者数は微減したものの、ショート・ケアの実施施設数の増加やデイ・ケア等の利用者に占める統合失調症患者の割合が緩やかに低下しており、デイ・ケア等の機能分化を反映するような変化がみられている²⁾。大森・安西はデイ・ケアが地域ケアの拠点となってゆくと概説し

ており¹⁴⁾、デイ・ケア等で小規模な集団認知行動療法を取り入れたプログラムを提供しつつ障害福祉サービス事業所も展開する多機能型診療所の発展もみられてきた^{7-9, 11)}。

ではデイ・ケア等において、地域ケアの拠点として適切に機能しつつ、多職種で認知行動療法や心理教育等を重点的に行い、専門的かつ効果的なりハビリテーションを提供していくためには何が必要なのだろうか。組織としての理念や実践を支える上で継続的な人材養成システムは不可欠であるが、多機関調整に要する時間的負担や専門的人材の養成や確保の観点から組織構造を検討することも必要ではないだろうか。デイ・ケア等において集団活動の運営と個別支援、外部関連機関との連携会議等を多角的に実施していくためには、集団を維持できるような患者数や複数の支援を同時的に提供できるスタッフ配置数が求められるのではないだろうか。しかし先行研究においてこのような組織運営体制上の特徴に関して検討した研究は管見の限りではなかった。そこで本研究では、人員体制を中心とした組織構造に注目する。

本研究ではデイ・ケア等において専門的かつ効果的なりハビリテーション実践を支える組織運営上の構造的基盤について明らかにすることを目的とする。そのために、2008年に実施した精神科デイ・ケア等の実態に関する全国調査^{16, 17)}のデータを分析する。まず、デイ・ケア等で実施されているプログラムに注目し、認知行動療法や心理教育等の専門的な取り組みの実施状況を明らかにする。次いでそれらの実施の有無と医療機関の規模、スタッフ体制等との関連性を検討する。これらを通じて専門的かつ効果的なりハビリテーションを提供する上でのデイ・ケア等のさらなる展開に向けて必要な示唆を得ることとする。

研究対象及び研究方法

1) 対象

精神科病院については、平成19年11月時点で、社団法人日本精神科病院協会に加盟している精神科病院のうち、デイ・ケア等を実施していると確

認できた病院，社団法人全国自治体病院協議会に加盟する病院及び大学附属病院のうち，精神病床を有しデイ・ケア等を実施していると確認できた病院計943カ所を対象とした。また精神科診療所については，社団法人日本精神神経科診療所協会に調査への協力を要請し，日本精神神経科診療所協会より，協会所属のデイ・ケア等を実施している診療所の名簿(平成20年2月8日時点)を入手した。この名簿よりデイ・ケア等を実施している全診療所244カ所を対象とした。精神科病院全体の有効回収率は43.6%(411/943)，精神科診療所の有効回収率は45.1%(110/244)，調査全体での有効回収率は43.9%(521/1187)であった。病院群の運営主体別にみると国立または独立行政法人立病院87.5%(21/24)，都道府県立病院53.6%(26/49)，その他公立病院58.1%(18/31)，その他の民間病院41.0%(348/849)となっており，特に多数を占める民間病院で回収率が低かった。

2) 方法

(1) 調査実施方法

調査は質問紙による郵送回収法で実施した。各施設の院長あての文書で回答を依頼し，対象施設のデイ・ケア等について一番よく知っている担当者に記入を依頼した。調査期間は，2008年3月から4月であった。調査票は大きく2つのパートで構成した。すなわち，それぞれの実施施設の属性や，デイ・ケア等の実施状況，デイ・ケアに所属する専任・兼任を含むスタッフ及びプログラム等について尋ねる施設票，及び1週間の精神科デイ・ケア等の利用者のうち初めの10名について，その属性や機能状態，利用目的，その利用者に対する精神科医師の役割等を尋ねる利用者票から構成される。調査方法の詳細及び調査票については既報に記した¹⁷⁾。本研究では，施設票への回答に基づき分析を行った。

(2) 倫理的配慮

本研究は，国立精神・神経医療研究センターの研究安全倫理審査委員会の承認を得て実施された。

(3) デイ・ケア等の実施プログラムの分類

本研究では，「専門的かつ効果的なりハビリテーション実践を行っているデイ・ケア」の操作的な定義を，「認知行動療法(SSTを含む)，心理教育，就労支援のプログラム提供を実施している施設」とした。認知行動療法や心理教育は先述したとおり国の重点化方針に位置づけられたアプローチであるためである。また就労支援については，就労がデイ・ケア卒業を支える主要な目標の一つであり，これを糸口として病識の獲得や症状の再発防止に取り組みやすいこと，先駆的な取り組みを行ってきたデイ・ケアでは認知行動療法や心理教育等と組み合わせて就労支援を行っていることが多いこと，障害福祉サービスとの効果的な連携が行われていることが多いこと，ここに含めた。

この操作的定義に基づいて，本研究ではまずデイ・ケア等において実施されているプログラム内容を分類した。デイ・ケア等においては，一施設で同時並行的に複数のプログラムを運営していることもある。本調査では過去一週間に実施したすべてのプログラムについて名称，実施目的，実施時間を尋ね，計10,960プログラムについての情

表1 主な「専門的かつ効果的なりハビリテーション」プログラム

プログラム名称	度数	プログラム目的	度数
SST	184	対処スキル獲得	202
心理教育	36	就労支援	52
勉強会	20	心理教育	37
就労支援	13	復職支援	33
グループワーク	11	対処スキル	32
課題学習	10	服薬管理	28
感覚統合療法	10	(未記入)	25
健康教室	9	作業	18
集団療法	9	対人スキル獲得	11
家族教室	6	運動機能の向上	10
リワーク	5	機能の向上	10
就労プログラム	5	相談	10
相談	5	(以下略)	
相談支援	5		
復職支援プログラム	5		
服薬指導	5		

報を得た。この10,960プログラムについて「プログラム名」と「実施目的」の自由記載に基づき、認知行動療法(SSTを含む)、心理教育、就労支援のいずれかを行っている場合を専門的かつ効果的なりハビリテーションの実践とみなした。

表1に、これら抽出されたプログラムの名称と実施目的の主なものを挙げる。SSTが最も多いが、「SST」という名称でも目的が「作業」となっていることもあり、当該機関内のプログラムの全体構成を確認した上で、「専門的かつ効果的なりハビリテーション実践」とみなすことが相応であると考えられた場合を対象として抽出した。心理教育も「家族教室」「服薬理解」等の多様な名称や目的のものを含めた。「就労支援」についてはジョブコーチによる指導や会社訪問を行っている場合は抽出したが、「パソコン教室」という名称の場合には利用者の生活の質の改善や生きがい創出等との区別が難しかったため除外した。その結果、計720のプログラムを「専門的かつ効果的なりハビリテーション実践」として抽出した。これら抽出されたプログラムを全く実施していないデイ・ケア施設を「未実施群(218カ所)」、1つ以上実施していたデイ・ケア施設を「実施群(308カ所)」とし、以下の分析に用いることとした。

3) 分析

病院と診療所ごとに未実施群と実施群の差異を検討した。医療機関の運営形態や職種別スタッフ数、医療機関の患者数、デイ・ケア等の実施日数を比較した。名義変数に関しては、 χ^2 分析を用い、スタッフ数や患者数等の連続変数に関してはt検定を行った。統計分析にはPASW Statistics ver.18を用いた。

結 果

1) 回答施設の概要

回答施設の概要を表2に示す。平均精神科病床数は、精神科病院で249.9床、診療所では4カ所が有床であると回答しており、その平均は13.8床であった。精神科延べ外来患者数(デイ・ケア

等利用者数含む)は精神科病院で1施設あたり24,561.5人、診療所で1施設あたり22,518.1人であった。デイ・ケア等延べ利用者数は、精神科病院で1施設あたり7,214.3人、診療所で1施設あたり5,921.5人であった。

精神科ショート・ケアについては大規模のものを実施している施設が病院で143カ所(34.8%)、診療所が19カ所(17.3%)、小規模のものを実施している施設が病院で67カ所(16.3%)、診療所で30カ所(27.3%)であった。精神科デイ・ケアについては大規模のものを実施している施設が病院で268カ所(65.2%)、診療所が44カ所(40.0%)、小規模のものを実施している施設が病院で122カ所(29.7%)、診療所で61カ所(55.5%)であった。精神科ナイト・ケアについては実施している施設が病院で49カ所(11.9%)、診療所が24カ所(21.8%)、精神科デイ・ナイト・ケアについては実施している施設が病院で116カ所(28.2%)、診療所で26カ所(23.6%)であった。

デイ・ケア等の週あたりの実施日数、実利用者数及び延べ利用者数について表3に示す。精神科ショート・ケアの週あたり平均実施日数は、病院で4.7日、診療所で4.4日であった。同様に精神科デイ・ケアは病院5.0日、診療所4.8日、精神科ナイト・ケアは病院4.2日、診療所3.2日、精神科デイ・ナイト・ケアは病院4.7日、診療所3.8日であった。また、それぞれの実利用者数は、精神科ショート・ケアで病院が7.3人、診療所が10.3人、延べ利用者数は病院が13.1人、診

表2 回答施設の概要

	N	Mean	S.D.
精神科病床数(1施設あたり)			
病院	411	249.9	136.8
診療所	4	13.8	6.2
年間精神科延べ外来患者数(精神科デイ・ケア等含む1施設あたり)			
病院	409	24,561.5	16,769.7
診療所	108	22,518.1	15,851.8
年間精神科デイ・ケア等延べ利用者数(1施設あたり)			
病院	409	7,214.3	6,511.5
診療所	106	5,921.5	9,660.5